

La intervención a partir del acceso a un Derecho: Tuberculosis desde la mirada de Trabajo Social

Por Nancy Barboza, Yohana Lucero y Valeria R. Vera

Nancy Barboza. Licenciada en Trabajo Social. Programa Municipal de Tuberculosis. Dirección de Medicina Preventiva, Municipalidad de Córdoba, Argentina.

Yohana Lucero. Licenciada en Trabajo Social. Dirección de Epidemiología de la Provincia de Córdoba. Programa Provincial de Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Argentina.

Valeria R. Vera. Licenciada en Trabajo Social. Especialista en Salud. División Servicio Social Central. Comisión Provincial de Control de Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Argentina.

Introducción

Según la Organización Panamericana de la Salud (2019), Argentina es considerado uno de los países en América Latina con carga alta de Tuberculosis (TB)

En 2021 se registró una tasa de notificación por TB de 27,4 por cien mil habitantes para el total de casos, un 13,5% más alta que la registrada en 2020 (24,2 por 100.000) y ligeramente menor a la de 2019 (28,2 por 100.000), que se toma como referencia para evaluar la recuperación de la notificación de TB luego de la pandemia por COVID-19. Se reportaron 12.569 casos, de los cuales 11.884 (94,6%) fueron casos incidentes (casos nuevos, recaídas o sin información sobre la clasificación del caso) y 685 (5,4%), casos antes tratados (reingreso de pérdida de seguimiento, fracasos, traslados y otros). Dentro de los casos incidentes, los casos nuevos aportaron el 75,2% y dentro de los casos no nuevos, el reingreso de pérdida de seguimiento fue la clasificación más frecuente, con el 45,5%

Coincidiendo con Aguirre (2021), “En Córdoba, la situación es similar: de 340 diagnósticos en 2017 a 394 en 2019 (Boletines Ministerio de Salud de la Nación, 2019 y 2021)”.

Durante el año 2021 se notificaron 415 pacientes con diagnóstico de tuberculosis, correspondiendo a una tasa de incidencia de 12,54 de personas con TB por cada 100.000 habitantes de la Provincia de Córdoba. En el año 2022 se notificaron 448 casos, de los cuales el 98,9% (N=443) fueron confirmados y el restante 1,1% (N=5) se sindicaban como sospechosos.

Objetivos

- Sistematizar y analizar las entrevistas realizadas a pacientes diagnosticados con TBC durante el año 2022 para el acceso a la transferencia formal.
- Realizar aportes desde la disciplina Trabajo Social a estrategias integrales de

acompañamiento en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado en personas diagnosticadas con TB.

Materiales y Métodos

Para la recolección de la información se utilizó como fuente primaria la base de datos del Programa Provincial de TB (Gobierno de Córdoba) y como fuentes secundarias el sistema nacional de vigilancia de la salud (SNVS 2.0) y las entrevistas realizadas por lxs trabajadorxs sociales en el ámbito de las instituciones públicas de salud.

Criterios de Inclusión/Exclusión

Se incluyeron personas con TB diagnosticadas en 2021/2022 con residencia en la provincia de Córdoba que hubieran percibido transferencia formal según Ley 9185/04, gestionadas entre enero y diciembre de 2022, quedando excluidas personas de iguales características que no accedieron a la transferencia formal según dicha ley.

El marco normativo que encuadra las intervenciones es La Ley Provincial N° 9185/04

Sancionada en el año 2004, la Ley Provincial N° 9185/04 creó un régimen de protección socioeconómica para personas diagnosticadas con tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva dentro de la provincia de Córdoba.

El Régimen creado por la presente Ley proveerá de asistencia económica a todo aquel paciente detectado e incorporado al Programa Provincial de Control de la Tuberculosis en la Provincia de Córdoba en forma de subsidio en dinero, durante el período de su imposibilidad laboral o de la duración de su tratamiento....

El subsidio será percibido mensualmente...

Se fijará según las condiciones socioeconómicas y composición del grupo familiar del beneficiario, su base se establece en la mitad de un salario mínimo y su máximo en un salario mínimo completo, ambos de la Administración Pública Provincial. (Arts. 1, 2 y 3)

La dirección y administración del régimen creado por la presente Ley está a cargo de la Comisión Sanitaria dependiente del Ministerio de Salud, quien tiene la función de conceder, denegar, interrumpir y retirar el beneficio del subsidio cuando lo crea conveniente (Art. 11).

Dicha Comisión está conformada por las disciplinas de Trabajo Social y Medicina de áreas con dependencia municipal y provincial. Tiene por objeto una política pública de transferencia formal monetaria, constituyéndose como una herramienta que permite mejorar la calidad de vida, satisfacer necesidades y además proveer oportunamente aquellos medios que eviten la interrupción, tan frecuente, del tratamiento.

Resulta necesario situar el contexto sanitario pospandemia en el que se desarrolla este análisis. Esta provincia viene desde hace varios años exhibiendo un aumento de los índices de pobreza, situación que se vio fuertemente afectada en los dos años de pandemia, cuando las condiciones de

vida de la población desmejoraron notablemente. Según el informe de OTES (2021), nuestra provincia muestra un índice superior al promedio nacional y lo mismo ocurre con la cantidad de personas bajo la línea de pobreza.

A su vez, las personas que transitan el diagnóstico de TB son afectadas directamente en su economía producto del deterioro físico que genera la enfermedad, los períodos de aislamiento para evitar contagios y la extensa duración de los tratamientos. Es importante destacar que los tratamientos van desde los 6 a los 12 meses de duración, teniendo en cuenta la localización de la misma, las comorbilidades que presenta la/el paciente (diabetes, VIH, entre otras) y en casos particulares, los tratamientos se ven modificados por la resistencia a alguna droga ya que si el tratamiento no se realiza de manera adecuada (toma diaria de los comprimidos sin interrumpir) pueden aparecer cepas resistentes.

En el caso de las unidades domésticas que no cuentan con cobertura social, la afección impacta en lo que se denomina costes catastróficos, menguando las posibilidades de afrontar los costos de la vida cotidiana. Por este motivo resulta importante conocer a la población beneficiaria de la Ley, cuáles son sus características y de qué forma debemos trabajar como equipos de salud desde el enfoque de derechos y la perspectiva de la medicina social/epidemiología crítica para su implementación dentro de un abordaje integral de la salud-enfermedad-atención-cuidado.

Siguiendo las pautas internacionales y las del Programa Nacional de TB, como una de las condiciones/requisitos para acceder a dicha transferencia formal, la referida Comisión establece el Tratamiento Directamente Observado (TDO.), el cual asegura en un 85% de los casos la cura de enfermedad,

...estrategia indicada por la OMS como modo de curar la infección por ser la más eficaz. Se espera que el 85% de las personas que cumplan el tratamiento lleguen a la cura. El TDO. es la estrategia más eficaz para asegurar que las personas tomen los medicamentos de manera correcta (Ministerio de Salud de la Nación, 2018).

El TDO implica que un personal de salud u otra persona designada se cerciore de que la persona en tratamiento tome cada dosis de los medicamentos prescritos. Para esto es importante coordinar desde los equipos de salud para que la persona concorra al servicio a recibir los medicamentos o bien que reciba la medicación en su domicilio o trabajo, siendo administrada por un referente comunitario (religioso, docente, líder comunitario).

Características de la población

En el año 2022 se presentaron 145 solicitudes para acceder al derecho de transferencia formal de acuerdo a la Ley y 40 renovaciones (es decir, 40 casos que ya habían comenzado a percibir el beneficio y que por motivos de tratamiento se había extendido la duración del mismo). A su vez, 7 unidades domésticas recibieron una segunda transferencia debido a que varios miembros del grupo familiar se encontraban cursando el tratamiento supervisado (32,90% del total de casos).

El 66,89% de las unidades domésticas residían en Córdoba Capital, siguiendo la tendencia general de la TB que informa que el 60% del total corresponde a habitantes de este departamento. Por su parte, 12 provenían de zonas rurales, mientras que 77 personas estaban establecidas en espacios urbanos periféricos, lo que determinaba que el 61% tenía dificultades de acceso a los servicios de salud.

Del total de personas entrevistadas que accedieron a la transferencia formal, encontramos que 64 se autopercebían con el género femenino mientras que 80 lo hacían con el género masculino y una persona como no binaria. Además, hubo 24 transferencias formales dirigidas directamente a niñxs y adolescentes para garantizar un tratamiento integral. La edad entre las personas de género masculino variaba entre los 21 y 60 años.

De las 145 personas, sólo 14 eran de otro país de origen, pero 8 poseían residencia permanente. Este dato resultó importante al momento de tener que trabajar sobre prejuicios en torno a la población migrante y el uso de la salud pública, al margen de considerar los tratados internacionales en derechos humanos y la Ley Nacional de Migración 25.871 (2004) que brindan la protección necesaria a esa población. La mirada de la disciplina en la intervención parte de un enfoque de género y de interculturalidad, lo cual implica el respeto a las culturas intentando una integralidad en el abordaje de la enfermedad.

Tejido comunitario

Frente a la consulta sobre espacios o instituciones de referencia, 44 entrevistadxs conocían uno o más espacios u organizaciones en su espacio territorial, mientras que 17 participaron en alguna de ellas. La mayoría lo hacía en algún ámbito espacio religioso; otrxs tenían una inserción organizativa en comedores, copas de leche y organizaciones de base territorial. Esta información nos brindó un margen interesante para pensar estrategias de salud conectadas a los espacios cotidianos y de referencia de las personas. Sin embargo, dado que no conocíamos este dato en un 42% de lxs entrevistadxs, se planteó un desafío para los equipos de salud de primer nivel de atención al momento de intentar construir y sostener estas redes comunitarias.

Al remitirse a los pilares establecidos por la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en relación a la enfermedad y al punto de brindar herramientas para el alivio de los costos catastróficos que transitan las unidades domésticas al momento del diagnóstico, resulta fundamental invertir tiempo de calidad en el armado de redes sostenibles que colaboren en la adherencia al tratamiento de esta enfermedad como a la atención de otras problemáticas que obstaculizan la finalización del tratamiento. El último boletín publicado por la OPS/OMS incluye como uno de sus principios y componentes centrales para finalizar con la TB la participación de las comunidades, organizaciones no gubernamentales (ONG) y otras organizaciones de la sociedad civil (OSC).

Comparativo

En el siguiente cuadro se puede apreciar la cantidad de transferencias formales iniciadas en el quinquenio 2108-2022. Los picos de baja corresponden a los 2 años en los que el rol de trabajo social específico para abordar esta política pública fue cubierto sólo durante la mitad del año. Frente a esto podemos apreciar cómo fue en aumento la tendencia de incorporar la herramienta de la transferencia formal contemplada por la ley provincial dentro de una estrategia integral de salud a través de la promoción directa de la misma.

Transferencias presentadas por año bajo la ley 9185/04. Comparativo 2018-2022

Fuente: Registro interno



Condiciones socioeconómicas

En relación a las condiciones socioeconómicas de las unidades domésticas, el 75.17% se encontraba bajo la línea de indigencia al momento del diagnóstico y el 23.44% bajo la línea de pobreza. Solamente 2 unidades domésticas alcanzaban la cobertura de la canasta básica total al momento de la gestión.

Condiciones socioeconómicas	Cantidad	Porcentaje
Bajo la línea de indigencia	109	75.17
Bajo la línea de pobreza	34	23.44
Sobre la línea de pobreza	2	1.39

Según los datos del observatorio del Defensor del Pueblo de Córdoba correspondientes al mes de abril de 2023, una familia tipo requería más de \$60.000 para realizar los gastos básicos de comida a fin de no caer en la línea de indigencia, mientras que para superar la línea de pobreza el monto era de más de \$136.000.

Teniendo en cuenta esa información, sumado al aumento de la pobreza y la pérdida del poder adquisitivo (Informe OTES 2021), pudimos analizar desde diferentes aristas a la población que accedía al derecho de transferencia formal. En este sentido encontramos que más del 72% de las unidades domésticas no podían cumplir con los requerimientos mínimos alimentarios para sus integrantes, en el marco de una enfermedad en la que la situación nutricional resulta fundamental para su proceso de curación.

Comidas diarias	Porcentaje
Insuficiente	72
Regular	58
Sin datos	15

De acuerdo al instrumento confeccionado para la recolección de la información, se tomó como dentro del parámetro de alimentación insuficiente a aquellas personas que refirieron tener menos de 4 comidas al día. En relación a esto, si bien la ley contempla el acceso a un refuerzo alimentario, en la práctica este beneficio sólo se ha conseguido garantizar en algunos casos y de manera discontinua (tal es el caso de algunos municipios o comunas) ya que pese a los intentos de coordinación con otros sectores, de manera formal no constituye un recurso al que puedan acceder las personas.

En relación a la ocupación de las personas titulares de la transferencia formal cuyo criterio de exclusión es la mayoría de edad, encontramos la siguiente distribución:

Inserción Laboral	Cantidad
Desocupadx	22
Desocupadx por diagnóstico	45
Ocupadx formal	7
Ocupadx informal	43
No corresponde	19
Otro	5
Sin información	4

Un dato interesante es que se observó que 14 personas (todas del género femenino) realizaban trabajos intradomésticos de manera exclusiva sin retribución económica. 67 se encontraban insertas en la economía popular (venta ambulante, albañilería, changas, cartonexs, etc.); varias manifestaron realizar tareas en alguna organización comunitaria o programa de empleo, como el Potenciar Trabajo o de Servidores Urbanos. Tan solo 7 personas contaban con un empleo formal o tenían monotributo social con muy pocas horas de actividad, lo que generaba que quedaran muy por debajo de la canasta básica estipulada por el Defensor del Pueblo de Córdoba. 7 personas poseían alguna cobertura de PNC (pensión no contributiva) por discapacidad o madre de siete hijos, mientras que 3 se dedicaban de manera exclusiva a sus estudios, por lo que no contaban con ingresos para el sostenimiento cotidiano.

Resultado del tratamiento

En el siguiente cuadro se puede observar, que la mayoría de las personas que accedieron a la transferencia formal, completaron el tratamiento.

RESULTADO DEL TRATAMIENTO	Cantidad	Porcentaje
Tratamiento completo	118	81,4
Curado	10	6,9
En tratamiento	6	4,1
Fallecido	2	1,4
Traslado	2	1,4
Pérdida de seguimiento	7	4,8
TOTAL	145	100

Descripción de los Resultados

La atención integral del paciente con tuberculosis es un problema complejo en función de las características epidemiológicas de la enfermedad y por su contexto económico-social. En base a la información estadística podemos afirmar que la mayoría de los pacientes que accedieron a la transferencia formal se encontraban bajo la línea de indigencia, es decir que no contaban con ingresos suficientes para cubrir una canasta de alimentos capaz de cubrir un umbral mínimo de necesidades energéticas.

En cuanto a los requerimientos mínimos alimentarios, encontramos que la mayoría de hogares no cubría las 4 comidas diarias. Este fue un dato preocupante, ya que se sabe que la malnutrición vinculada con la pobreza tiene gran influencia en las tasas de morbilidad y mortalidad por infecciones como la tuberculosis. La asociación entre la tuberculosis y la malnutrición es conocida; esta situación incrementa el riesgo de que la TB latente se convierta en activa. Es muy difícil determinar el estado nutricional de las personas con TB antes de la enfermedad, por lo que es imposible determinar si la malnutrición llevó al avance de la enfermedad o si la TB activa condujo a la desnutrición. Lo que sí podemos afirmar es que los suplementos nutricionales podrían ayudar a las personas a recuperarse de la enfermedad fortaleciendo su sistema inmunológico y mejorando el aumento de peso y la fuerza muscular, permitiéndoles volver a una vida activa.

Otro aspecto importante es la situación laboral en la que se encontraban los pacientes que accedieron a la transferencia. El 67 % estaba desocupado, de los cuales el 45% no tenía empleo por su situación de salud. El 43% se hallaba inserto en trabajos informales.

En relación al tratamiento, el 87% habían finalizado el tratamiento (completo y curado). Podemos afirmar por ello que la transferencia formal se constituye en una política que garantiza la adherencia al tratamiento, ya que le permite a la persona y su entorno familiar afrontar los costos catastróficos por causa de la TB.

Conclusiones

En el análisis del campo de la salud y particularmente en la tuberculosis, los aportes de la epidemiología crítica y del movimiento de salud colectiva resultan significativos en tanto permiten incorporar, además del componente biológico, los determinantes sociales de la salud cuyo concepto engloba la relación de la reproducción social y los modos de vivir, enfermar y morir. En este sentido esta problemática no puede ser tomada aisladamente del contexto económico-social y de las condiciones del nivel de vida de las personas diagnosticadas con TB. Considerando los aportes de Domingo Palmero¹

Argentina es considerada un país de mediana a baja incidencia de la tuberculosis, pero los casos vienen aumentando. Es una enfermedad que está estrechamente ligada a las condiciones de hábitat. La infección se transmite por el aire: el hacinamiento y la mala ventilación, por ejemplo, favorecen muchísimo el contagio.

Esta complejidad requiere de ciertas estrategias para aprehender su complejidad: contar con equipos interdisciplinarios, trabajar conjuntamente entre diferentes actores de salud, articular y coordinar con las instituciones de APS, etc. Esto se convierte en un elemento clave para adecuar las intervenciones de una manera integrada.

En este marco resulta nodal el aporte del Trabajo Social dentro de los equipos de salud en cuanto a la mirada integral sobre los procesos por los que se transita a partir de un diagnóstico como el de TB en personas en las que la vulnerabilidad se ha apropiado de todos los espacios y el acceso a los recursos de salud no puede estar interferido por barreras que obstaculicen el goce de un derecho. **Ampliar la mirada es el desafío de la disciplina en los equipos de salud, integrar a la persona desde todas sus aristas y con todas sus potencialidades en los procesos en los que debe asumirse protagonista, en su propio espacio de pertenencia.**

Desde esta perspectiva es posible afirmar que el derecho a la protección de la salud no se reduce a la asistencia sanitaria, sino que se vincula con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de éstos, tales como el derecho a la alimentación, vivienda, educación, dignidad humana, vida, no discriminación, igualdad, libertad de elección, identidad cultural, entre otros.

Referencias

Aguirre, M. (2021) *El derecho condicionado a la asistencia. Consideraciones sobre la Ley Provincial 9185/041*. ConCiencia Social. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 5 Nro. 9 - ISSN 2591-5339. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/35348/35497>

Breilh, J. (1991). *La salud-enfermedad como hecho social*. En Betancourt, Breilh, Campaña y Granda, *Reproducción social y salud. La lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras*. México: Editorial Universidad de Guadalajara.

Laurell, A (2010). *Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina*. En Medicina

¹ Director del Instituto Vaccarezza, centro de referencia de la tuberculosis de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA) y de gran prestigio en todo el país. Comparte predio con el Hospital Muñiz, donde Palmero es además jefe de la División de Neumonología.

Social, Vol. 5, No. 1, 79-89, marzo. Disponible en <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/403>

Lerda, L. y Vera, V. R. (2022). *La otra cara del Estado: desigualdades frente al derecho*. Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social, 6 (11). 140-152. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/39217/39020>

Ley Provincial N° 9.185 (2004). Gobierno de la Provincia de Córdoba, Argentina. Sancionada: 29-09-2004 Disponible en: <http://www.saij.gob.ar/9185-local-cordoba-programa-provincial-control-tuberculosis-provincia-cordoba-lpo0009185-2004-09-29/123456789-0abc-defg-581-9000ovorpyel>

Ley Nacional de Migración N° 25.871 (2004). Disponible en: https://www.migraciones.gov.ar/pdf_varios/campana_grafica/pdf/Libro_Ley_25.871.pdf

Ministerio de Salud de la Nación (2013). *Normas técnicas del Programa Nacional de Tuberculosis*, pág 48. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000278cnt-normas-tecnicas-2013-tuberculosis.pdf>

------(2018). *Guía rápida para el diagnóstico y tratamiento de las personas con TBC en el primer nivel de atención*. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001443cnt-2019-04-04_guia-tb.pdf

------(2019). Boletín sobre Tuberculosis en la Argentina N° 2. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001436cnt2019-03_boletin-epidemiologico_tuberculosis.pdf

------(2021). *Boletín sobre Tuberculosis en la Argentina N° 4*. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-03/boletin-epidemiologico-tuberculosis-2021.pdf>

------(2023). *Boletín Tuberculosis y Lepra en la Argentina N° 6*. Coordinación de Tuberculosis y Lepra, Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-03/Boletin_Tuberculosis_y_Lepra_en_la_Argentina_2023.pdf

Nucci, N., Crosetto, R., Bilavcik, Claudia y Miani, A. (2018). *La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública*. ConCiencia Social. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 1 Nro. 2. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19938/19633>

OPS - Organización Panamericana de la Salud (2019). *Tuberculosis en las Américas. Informe Regional 2019*. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52815>

OTES (2021). *Reflexiones sobre la pobreza y el desempleo en la provincia de Córdoba*. Disponible en: <https://otesba.com/wp-content/uploads/2023/04/Reflexiones-sobre-la-pobreza-cordoba-noviembre2021.pdf>

Rojas Contreras, M (2014). *Nutrición y tuberculosis. Síntesis de la guía OMS: “La atención y apoyo nutricional a pacientes con tuberculosis”*. Boletín Instituto Nacional de Salud, gobierno de Perú. Disponible en: <https://repositorio.ins.gob.pe/bitstream/handle/20.500.14196/279/BOLETIN-2014may-jun-98-103.pdf>